

にもかかわらず、多くの事例が精神科受診・治療が遅れたために自死に至っていると判断しても過言ではない。今後、さらに自殺予防の観点から労働者の自殺予防を検討していくべきであろう。

長時間残業が発生していた事例は、全体の47%(58)、認定事例は81%(30)、非認定事例は32.6%(28)であり、特に認定事例の76%(28)は100時間残業の事例であった。

精神症状に関しては、ほとんどの事例に不眠がみられ、精神症状に加えて落ち着かない言動等の行動障害にまで至っていた事例は全体の33.3%(41)を占めていた。しかし重症度から判断すると、軽度～中等度の事例が、73.4%(89)を占めたが、認定事例は、認定事例全体の78.4%(29)が軽度～中等度であり、非認定事例は69.8%(60)で、全く精神症状が認められなかった事例も6例みられた。

次に精神症状の兆候に気づいたのは、家族か会社ということに関しては、認定事例は75.7%(28)、非認定事例は66.3%(57)であり、全体の69%(85)が労働者の自殺の兆候や精神症状に気がついていた。しかし、全く兆候に気づいていない事例が、15.4%(19)みられ、特に非認定事例に何故、自殺をしたかわからない事例が出来事がないまま自殺した事例が11.6%(10)みられた。

このことは、精神症状は出現しているものの本人の中で自覚できていない、また家族も家庭生活と職場生活の変化がないために希死念慮に気がつかなかつた、上司もいつもと変わらないと判断していたがために部下の変化に気がつかなかつた等の理由が、自殺既遂後にさまざまな理由を考えることはできる。しかしながら心理負荷となる業

務上の出来事がなくても自死に至っている結果をどのように考えるかであろう。自殺した後に、自殺の動機を明らかにすることは難しいが、精神症状が特定できないからといって、精神障害が発症していないと安易に判断ができないことは論をまたない。

出来事と精神障害発症の因果関係に関する調査報告(平成18年度の厚生労働省研究)³⁾(産業医学推進研究会の産業医と日本精神神経学会員である精神科医に対してアンケート調査)によると、「精神障害によらない自殺はあり得る」との回答は、産業医71.9%(46)、精神科医81.9%(223)、全体では79.6%(223)であり、「精神障害によらない自殺はあり得ない」と考えている医師は全体の7.5%(21)であったことが報告されている。本当に精神障害によらない自殺があり得るのか、特に心理負荷となる出来事はなくても急性に希死念慮がたかまり精神障害によらない自殺があり得るのか、もし、そのような自殺があり得るとしたら、精神医学的にはどのような状態と判断したらよいのか、今後の大きな検討課題であろう。

業務上出来事から3ヶ月以内に発症していた事例が、全体の54.5%(67)であり、認定事例は認定事例全体の72.9%(27)を占め、45.9%(17)は1ヶ月以内の発症であった。発病から自殺に至るまでの期間であるが、全体の69.1%(85)は3ヶ月以内に自死しており、認定事例は75.6%が3ヶ月以内に自死に至っていた。また、業務上の出来事から自殺に至るまでの期間に関して、3ヶ月以内に自死した事例は、全体の49%(48)であり、認定事例56.7%(21)、非認定事例33.7%(29)であり、認定事例は非認定事例に

比べ、心理負荷を伴う出来事から発症、さらに死亡までの期間は、より短い期間で発症、死亡に至っていたことが窺えるのである。

性格傾向に関しては、「几帳面、真面目、責任感が強い」といった性格傾向は、認定事例は 48.6%(18)占めていたのに対し、非認定事例は 29.1%(25)であり、非認定事例のみにみられた性格傾向は「喜怒哀楽がない」「自尊心が強く、自信家、潔癖、自分勝手」「真面目、気弱、融通がきかない」等であった。現代臨床精神医学(大熊輝雄)⁴⁾によると、執着性格とは「下田光造によると…この性格の基礎は環状の経過の異常にある。すなわち、この性格者では一度起こった感情が正常者のごとく時とともに冷却することがなく、長くその強度を持続し、あるいはむしろ増強する傾向をもつ。この異常気質に基づく性格標識としては仕事熱心、凝り性、徹底的、正直、几帳面、強い正義感や義務責任感、ごまかしやずぼらができない…」(P45,46)、またメランコリー親和型性格に関して同書は「テレンバッハ Tellenbach,H(1961)のいうメランコリー親和型人格 *typus melancholicus* も執着性格と共通点が多いが、執着性格が生物学的・体質学的概念であるのに対し、メランコリー親和型性格はより心理学的・人間学的概念…テレンバッハは、生来的にうつ病にかかりやすい人の人格特徴として秩序に対する独特の態度を取り上げ、これを秩序正しさ(几帳面)*Ordenlichkeit* と呼んだ。すなわち、メランコリー型人格の人は、仕事の上で正確、綿密、勤勉、良心的で責任感が強く、対人関係では他人との折衝や摩擦を避け、他人に心から尽くそうとする『他者

のための存在』、他者との共生という傾向を示し、道徳的には世俗的意味での過度の良心的傾向を示すなどの、一定の秩序に固着してはじめて安定した存在として生活を営むことができる。しかし、仕事が増えた場合には仕事の質も量も上昇させようとするので挫折しやすく、『他人のための存在』が生きがいであるので、近親者の死や別離は生きがいの喪失につながる」と記載されている。このような観点に立つならば、非認定事例にしかみられない性格傾向は、うつ病親和型性格傾向であるメランコリー親和型性格とはほど遠いものと考えることができるのである。さらに「誠実、弱音を吐かない、口数少ない」といった性格傾向は認定事例には 27%(10)みられ、「几帳面、真面目、責任感が強い」といった性格傾向を含めると認定事例全体の 75.7%(28)を占めており、非認定事例は 48.8%(42)であったことから、認定事例は非認定事例に比べ、真面目で几帳面、誠実な性格傾向をより多く有していると言えるのである。

精神科診断に関しては、うつ病エピソードが圧倒的に多く、全体の 69.9%(81)を示し、認定事例は 78.4%(29)を示すものの、非認定事例は急性一過性精神病性障害、統合失調症、混合性不安抑うつ反応、アルコール障害、統合失調感情障害、重度ストレス反応・適応障害等の診断がみられ、非認定事例には、何らかの精神障害が発症している事例が 3 例、精神障害の発症が特定できない事例が 6 例みられた。うつ病エピソードを含めると気分感情障害が認定、非認定事例共に圧倒的に多いわけであるが、非認定事例では統合失調症や妄想障害などの精神病圏域の労災請求が増えてきている。

このことは、以前は心因性精神障害の認定に際する留意事項に記載してあった「心因」「内因」の「心因」はそれほど重要ではなくなり、厚生労働省の判断指針⁵⁾で全ての精神障害は労災認定の対象となり、認定の間口が広がったことも少なからず影響しているように思え、精神障害＝労災認定という時代に突入したものと判断できるのである。

E. 結論

今回の労災請求事例調査結果から考えると、認定・非認定事例を問わずに転勤、配置転換などの環境の変化に伴う業務内容の変化、責任の過重負荷等がうつ病発症の大きな要因であることが明らかになった。また、業務上出来事から3ヶ月以内に発症していた事例が、全体の54.5%(67)で、認定事例は認定事例全体の72.9%(27)を占めていたが、認定事例は業務上の出来事から早期に発症し、発病すると非認定事例に比べ早期に死亡することが明らかになった。そして業務上の出来事を解決すべく時間外の長時間残業が恒常化して疲弊消耗状態となり、うつ病発症から自死に至る期間が早まることが明らかになったが、この状態に早期に介入することが今後、自殺予防に繋がることは論をまたない。

II. 労災請求自殺事例

認定事例 A, B, 非認定事例 C, D に分けて事例を提示する。事例に関しては特定できないように倫理面の配慮を行なった。

1. 認定事例

A 事例：疲弊・消耗した状態でうつ病が発

症して死亡した50代事例

(1)自殺へ至る過程：某大企業の技術者で課長職。大学卒業後、12年前から水処理技術部へ配属、同年6月結婚し二人の子供との4人家族である。プラントのエンジニアとして原子力関係の業務に携わっていた。原子力の設備関係の設計、商談、受注後の全てが任され司令塔の役割でスタート時期、仕様・コスト・製作工場・外注発注決定、ほぼ全ての権限を持っていた。普通は一つの現場を担当するが、自殺前には二つを担当することになった。一つの基本設計はある年の1月からスタート、板金、塗装、制御盤や収納盤の組立ての監督、しかし、もう1つは作業着手が遅れたうえに調整が不十分、感情的トラブルが業者との間に発生、受注決裁は6月であるのにミス、トラブルとその修正、やり直しが繰り返されその度に状況が悪化するという悪循環に陥っていたことが確認された。6月の健診で変わらないが、質問事項の回答に「イライラ」という言葉が残されていた。8月下旬にポータとTVを眺める、9月は職場では机にしがみつくと子供と遊ばないという状況になり、「責任が自分にあり、責任を取ること」「迷惑をかけ申し訳ない」という遺書を残して9月下旬に自宅で縊死自殺を遂げた。

(2)小括：普通は一つの現場を担当するのに二つを担当し、作業着手が遅れた上にやり直しが繰り返されその度に状況が悪化するという悪循環の状況は、具体的出来事に当てはめて考えれば「ノルマが達成できなかった」に該当し、一つのプロジェクト自体の難易度も高く、また支援体制が実質的にうまく機能しなかったことが認められ、長時間残業も発生した。

この事例は8月には明らかに発症しており、9月の時点では症状の重症化が見受けられ、家族も気がついていましたが、受診に至らず自死に至った。

B事例：復職・増悪の過程で自死に至った中年事例

(1)自殺に至る状況：某大企業の中年技術者、課長。プロジェクトのリーダーを任され、20名の部下と一緒に新機種の技術研究開発に某研究所で取り組んだ。6ヶ月目頃から開発がうまくいかず、1年経過時点で本社命令でプロジェクトチームは解散、本人は残務整理のため数ヶ月、同研究所に残った。残務整理が完了した後、本人は開発本部に異動したものの開発業務が達成できなかったことに責任と不全感を感じていた。異動1ヶ月後、違うプロジェクトの責任者の内示を受けた。上司の命令に逆らうことはできず、プロジェクトのリーダーを引き受けることにした。2ヶ月目頃から熟眠ができず早朝覚醒、倦怠感、軽うつ気分出現、某病院精神科を受診し、うつ病と診断、3ヶ月間の自宅療養となった。

職場復帰して1ヶ月後から元気がなくなり、倦怠感出現。上司は、元気がなくなったので出張を命じた。出張から戻った後、急激に抑うつ状態が再燃し、産業医が紹介してくれた精神科へ向かう途中、電車で飛び込み自死に至った。

(2)小括：異動して別のプロジェクト開始後2ヶ月目頃から早朝覚醒、軽いうつ気分が出現している。この時期がうつ病の発症時期と考えられるが、3ヶ月後に職場復帰し、その1ヶ月後からうつ病が再燃している。うつ病から一旦寛解（症状は消失した

が、治癒ではない）状態まで回復したものの、出張後に急性増悪して自殺した事例である。

職場復帰1ヶ月後に病状の再燃がみられていたことから、その時点で積極的な医療機関への受診勧奨が必要になる。B男に対しても実施されていたが、その間の出張が問題であった。うつ病のように本人が精一杯努力している状況の中では、視察だけの出張でも更に過重な負荷となり、病状が悪化する場合がある。出張に関しては、十分に専門家の意見を聞いた上で判断すべきであり、産業保健スタッフと上司との連携が早期に取るべきである。

2.非認定事例

C事例：異動を契機としてうつ病が発症・増悪した定年が近い事例

(1)自殺に至る状況：本人は、某研究施設に採用され、以来30年以上にわたり、メール配布、資料整理などの単純な事務職に従事していた。この業務には慣れており、5人の従業者の中では最も経験を有する職員であり、中心的な役割を担っていた。そのような中で、本人は、定年退職まで残りわずかとなった某年の7月に他部署に異動し、同じ現業職ではあるもののゴミ収集から施設維持に必要な修繕、電気関係、空調などの、これまで就いたことのない点検業務に従事することとなった。異動後、疲労困憊の状態での帰宅するようになり、口数も減っていった。休日も趣味である釣りに出かける元気もなくなり、体の不調を訴え、横になっていることが多くなった。本人は、単純な軽作業事務職に再び関わりたい希望を持っており、異動した1年後には復帰でき

ると思っていたが、一方では、「以前の事務業務から戻ってきてくれと言われれば戻るが、自分からは希望しない」との発言もあった。

人事異動の内示時期が近づいた6月中旬頃、本人の不眠、食欲不振といった変化に家族が気づきはじめた。また帰宅時間も遅くなり、本人は事情を話すこともなく、口数が少ないままであった。しかし、結局本人の事務業務への異動内示はなく、以前の職場復帰への道が断たれたと本人は感じたようである。

その後、本人の言動に異様さが目立つようになった。帰宅時の長男が自宅手前の道路上にしゃがみ込んでいる本人を見つけ、声をかけると夜中であるにも関わらず、「前の職場の上司が来る」といい、その場を動かさず待ち続けていた。長男が、半ば強引に自宅に連れ帰ろうと抱きかかえたが本人はその場を離れようとはせず、「待っとるんや」などと繰り返すばかりであった。家族は病院での診察を勧めたが、本人は頑なに病院に行くことを拒否していた。その後、食事もまったく喉を通らない様子となり、笑顔が消え、家族が話しかけても返事が返ってこない状況となった。7月中旬、自ら職場に休暇の連絡をし、妻が外出した際に車で出かけ、その日は結局帰宅しなかった。翌日、自死が発見された。

(2)小括：この事例は不本意な異動に対して、前職場への復帰希望をほのめかしているが、直接上司に申し出ることができないという心的葛藤がうつ病の原因として大きかったものと考えられる。また30年以上にわたり比較的単純な事務に従事していた職員にとっては、周囲が考える以上に異動後

の職務内容が負担となり、適応が非常に難しい状況であったようである。本人の言動からみて異動後徐々にうつ病が出現してきているものと推測される。特に6月中旬以降、異動がないことがわかったことで急速に病状が悪化し、幻覚妄想も出現する重症のうつ状態になったものと考えられる。職場として、C男の異常に気が付きにくかったようであるが、6月中旬頃からは気が付く何らかのサインがあったものと考えられる。上司、同僚が気づくとともに、積極的に声かけ等の働きかけを行い、受診へ結びつけることも出来た可能性がある。

C男は医療機関の受診について、家族からの説得を頑なに拒否している。家族が職場の上司などに助力を依頼しやすくするためには、職場として家族からの連絡を受ける体制の整備が今後、必要になるものと思われる。

D事例：自殺の原因が特定できない20歳代の技術職

(1)自殺に至る状況 D男は、工事現場で、工事の工程表の作成、施工図の作成、現場の監督等の施工管理作業を行っていた。工事により上司、同僚が変わるという業務であったが、人間関係でも特にトラブル等は認められなかった。自殺する10ヶ月前にビルの新築工事に携わるようになったものの、業務的には若干の残業はあったが過重というほどではなかった。月に1回程度は上司、同僚と飲酒をしていたが、その際も特に悩んでいる様子はなかった。D男には付き合っている女性がおり、自殺の半年後に結婚することとなっていた。自殺時には新居も決まっていた。ビルの新築工事に携わり始

めた頃、婚約者に対し、「仕事上でミスをし、上司に相談したが、上司からは自分で解決するように言われた」との発言があったが、婚約者にはD男がさほど悩んでいるように見えなかった。また、ミスはD男によるものではなく関連会社の問題であった。家族にも同じ頃「会社を辞めたい」と言っていたが、家族から見ても様子がおかしかったり悩んでいる様子は見受けられなかった。自殺当日の夕方上司が翌日使用する機器の準備を依頼したが、D男は翌朝準備する旨上司に伝え、帰宅した。当日自宅に戻らず失踪し、工事現場で自殺しているのが発見された。遺書があり、「何も考えられなくなった。周りの人に迷惑をかけるのが許せなかった。どうしても乗り越える力がない」と記してあった。

(2)小括：自殺する6ヶ月前にビルの新築工事に携わるようになったこと以外、D男の業務上の変化は何ら存在しない。D男がなぜ自殺したのか、その原因を特定するのは難しい事例である。D男の心の健康の不調は自殺前には職場はもとより、家族、婚約者でも認められなかった。また、自殺前にいくつか仕事についての発言があったことは認められるが、D男の自殺の原因につながるものは、明らかにできなかった。このように自殺事例では周囲からみて、仕事上も生活上も全く問題が見つからず、専門家でもその原因の説明に苦慮するものがある。

3.自殺事例をとおしての考察

自殺は精神障害(特にうつ病)の増悪によるものか、通常症状経過によるものかの判断は、非常に困難な側面を有している。

すなわち、業務は精神障害の発症にどう関わり、増悪にどのように影響したか、との判断は1例、1例、事例を検討して判断をせざるを得ないからである。しかしながら、業務と有力な因果関係を持って発症、ないし増悪をした事例に関しては、何らかの共通する特徴があるようである。提示した事例は1)疲弊・消耗した状態でうつ病が発症して死亡した50代A事例、2)復職・増悪の過程で自死に至ったB事例、3)異動を契機としてうつ病が発症・増悪したC事例、4)自殺の原因が特定できない20歳代のD事例である。

A事例は「6月の健診で変わらないが、質問事項の回答に『イライラ』という言葉が残されていた」とあり、健診の質問事項から産業保健スタッフが介入できた可能性がないとは言えず、また、その2ヶ月後には明らかに家庭では「ボーっとTVを眺める」、さらにその1ヶ月後には「職場では机にしがみつくと」といった異常言動が見られるようになっている。職場と家族も後で振り返ってみれば、介入できた事例であったかもしれない。しかし、労働者本人が弱音を吐いたり自ら救いを求めない以上、その介入は非常に困難であることが少なくないことは論をまたない。

B事例は医療機関と産業保健スタッフには繋がっており、産業保健スタッフも本人が「倦怠感」を訴えていたため毎週、面接を繰り返していた。それにもかかわらず、海外出張から帰国した後にうつ病像は増悪し、既遂に至っている。上司は元気がなくなったので「気分転換の計らい」で出張を命じたとのことであるが、上司と産業保健スタッフとの間の連携や本人を交えた面談

を行っていたならば、違った展開となり自殺は防げたかもしれない。産業保健スタッフと現場の管理監督者との連携からメンタルヘルスを実践することが如何に重要かを痛感した事例である。

C事例は不本意に異動したものの、元の職場に戻ることを期待し、それはかなわめとわかってからアルコール乱用も加わり、うつ病が増悪した結果、自死に至った事例である。

D事例は、結婚を控え、婚約者と新居まで決め、何ら業務過重と思われる要因なく、突然、帰社後に失踪し自殺した事例である。

「何も考えられなくなった」などの遺書の内容から気分障害の発症の可能性は否定できないが、正確な精神科診断を下すことは困難であり、何らかの精神障害に罹患していたことは否定できないと精神科診断的に言える程度であろう。

今まで述べてきたようにA、Bは過労自殺事例であり、C、Dは仕事が有力な原因となって自殺に至ったとは判断できない事例である。

認定事例は業務上の出来事から早期に発症し、発病すると非認定事例に比べ早期に死亡することが明らかになった。すなわち、顧客とのトラブル、仕事のミス、新規事業への失敗などの業務上の出来事を解決すべく時間外の長時間残業が恒常化して疲弊消耗状態となり、うつ病発症から自死に至る期間が早まることが明らかになったが、この状態に早期に介入することが今後、自殺予防に繋がることは論をまたない。

重症のうつ病に陥った事例が自死に至っているということではなく、特に認定事例に関しては軽症～中等度のうつ病事例が、

誰にも相談することなく精根尽き果て業務による身体疲労や閉塞状況の中で自死に至る傾向が強いように思われた。しかし、自死をいつから決意し、決行に移そうといつから考えていたのか、ということについては推測するしかないが、「うつ病」の精神症状としての希死念慮が事例の中に出現していたことは間違いがない事実であり、労災請求事例の検討をさらに重ねる必要があると思われる。うつ病が発症してどのような経過の中で自殺を決行するに至ったかは、過労自殺のみでなく、C、D事例のような非認定事例を含めて、その経過を対比しながら検討していく必要がある。A事例は、過労の中で疲弊状態となり中等症のうつ病が発症していたことは間違いなく、発症2ヶ月目で極めて発症から早期の時点で自殺、B事例は発症して3ヶ月療養したものの4ヶ月目で自殺し、C事例は異動後、数ヶ月で発症し6ヶ月経過してからの自死であり、D事例は発症の時期、症状すらも特定するのが困難であり、前述したように遺書内容から、何らかの精神障害の発症は否定できないと思われる。このように周囲にはわからないが、本人の中では精神状態に何らかの変化が起こっており、周りの目に見えないから症状が確認できないと判断せざるを得ない事例もあるものと思われる。

岸⁹⁾は(自殺念慮・自殺企図:診断と治療, 91巻 No8, 1328~1332, 2003), 「自殺企図に至る3つの要因, 生物学的 biological, 心理社会的 psychological, 社会 social な面が絡み合って自殺企図あるいは自殺念慮が生じる。Biological なものとしては精神疾患への脆弱性が挙げられる。Social なものとしては経済的な困難などが挙げられ、

biological な要因と絡み合い脆弱性のある人に精神症状を引き起こす。Psychological な要因としては性格傾向，問題が生じた時の処理方法，セルフ・イメージなどが挙げられ，Social な要因がどの程度 Biological な脆弱性に影響を与えているかを決定し，症状の発現に寄与している。これら 3 つの要因が絡み合い自殺という行動が生じる…」とその背景に関して述べているが，自殺は，これら 3 つの要因が絡み合って自殺という行動が起こりうることを再認識すべきである。

2004 年 8 月に「過重労働とメンタルヘルス対策の在り方に関する検討委員会⁷⁾」の報告書が厚生労働省から公表された。メンタルヘルス対策に関しては 2002 年 8 月の「事業場における労働者の心の健康づくりのための指針⁸⁾」によると①セルフケア，②ラインによるケア，③事業場内産業保健スタッフ等によるケア，④事業場外資源によるケアの 4 つのケアにより心の健康づくりを進めることを基本にし，自殺を予防するためには，うつ状態に早期に対応する必要があること，家族によるケアも重要で家族が相談する窓口を明確にすること，労働者の意見を汲みあげながら労使，産業医，衛生管理者等で構成される衛生委員会等を活用した労使の自主的取組が重要であり，さらに管理監督者の役割が適切な業務管理と情報の提供や相談窓口に繋ぐなど明確にされたのも大きな特徴であるが，すでに事業所では長時間残業への産業医等による面接指導も行われており，さらに自殺予防の観点から事業所独自のメンタルヘルスケア確立のための早期介入の方針が必要とされるであろう。

F. 研究発表

1. 論文発表
該当せず
2. 学会発表
該当せず

G. 知的所有権の取得状況

1. 特許取得
該当せず。
2. 実用新案登録
該当せず。
3. その他
該当せず。

H. 引用文献

- 1)警察庁：平成 18 年度警察庁統計 2007，6
- 2)プライマリケアのためのうつ病診断 Q&A，北原出版，1997
- 3)黒木宣夫：第 3 章，出来事と精神障害発症の因果関係に関する調査報告(分担研究)，57～84，精神障害を引き起こすストレスに関する研究，日本産業精神保健学会，高田 勲，平成 18 年度委託研究，平成 19 年 3 月
- 4)大熊輝夫：現代臨床精神医学，45～46，金原出版 1980
- 5)労働省労働基準局補償課職業病認定対策室：心理的負荷による精神障害等に係わる業務上外の判断指針について，1999，9。
- 6)岸泰宏：自殺念慮・自殺企図：診断と治療，91 巻 No8，1328～1332，2003
- 7)厚生労働省：過重労働とメンタルヘルス

対策の在り方に係わる検討会報告書 2000.
8)労働省労働基準局安全衛生部労働衛生
課：事業場における労働者の心の健康づく
りのための指針. 2000.8

表1 年齢

	非認定		認定		総件数	
	事例数	(%)	事例数	(%)	事例数	(%)
20～29	26	(30.2)	6	(16.2)	32	(26.0)
30～39	25	(29.1)	11	(29.7)	36	(29.3)
40～49	23	(26.7)	8	(21.6)	31	(25.2)
50～59	8	(9.3)	11	(29.7)	19	(15.4)
60～69	2	(2.3)	1	(2.7)	3	(2.4)
70～	2	(2.3)	0	(0.0)	2	(1.6)
計	86	(100.0)	37	(100.0)	123	(100.0)

表2 家族構成

	非認定		認定		総件数	
	事例数	(%)	事例数	(%)	事例数	(%)
三世代	9	(10.5)	8	(21.6)	17	(13.8)
単身	8	(9.3)	3	(8.1)	11	(8.9)
二世帯	67	(77.9)	20	(54.1)	87	(70.7)
不明	1	(1.2)	1	(2.7)	2	(1.6)
夫婦	1	(1.2)	5	(13.5)	6	(4.9)
計	86	(100.0)	37	(100.0)	123	(100.0)

表3 職種

	非認定		認定		総件数	
	事例数	(%)	事例数	(%)	事例数	(%)
その他	3	(3.5)	0	(0.0)	3	(2.4)
営業職	23	(26.7)	2	(5.4)	25	(20.3)
管理職	12	(14.0)	15	(40.5)	27	(22.0)
技能職	10	(11.6)	2	(5.4)	12	(9.8)
事務職	15	(17.4)	3	(8.1)	18	(14.6)
専門技術職	21	(24.4)	13	(35.1)	34	(27.6)
販売職	2	(2.3)	2	(5.4)	4	(3.3)
計	86	(100.0)	37	(100.0)	123	(100.0)

表4 業種

	非認定		認定		総件数	
	事例数	(%)	事例数	(%)	事例数	(%)
医療	3	(3.5)	0	(0.0)	3	(2.4)
印刷業	2	(2.3)	0	(0.0)	2	(1.6)
卸・小売業	9	(10.5)	6	(16.2)	15	(12.2)
金融・保険業	10	(11.6)	2	(5.4)	12	(9.8)
建設業	15	(17.4)	8	(21.6)	23	(18.7)
交通運輸業	4	(4.7)	2	(5.4)	6	(4.9)
情報処理	9	(10.5)	4	(10.8)	13	(10.6)
電気通信事業	3	(3.5)	6	(16.2)	9	(7.3)
不動産業	2	(2.3)	0	(0.0)	2	(1.6)
製造業(重工業)	11	(12.8)	6	(16.2)	17	(13.8)
トンネル掘削	1	(1.2)	0	(0.0)	1	(0.8)
自動車販売	1	(1.2)	0	(0.0)	1	(0.8)
保健・衛生業	2	(2.3)	0	(0.0)	2	(1.6)
その他	14	(16.3)	3	(8.1)	17	(13.8)
計	86	(100.0)	37	(100.0)	123	(100.0)

表5 企業規模

	非認定		認定		総件数	
	事例数	(%)	事例数	(%)	事例数	(%)
小企業	29	(33.7)	10	(27.0)	39	(31.7)
中期業	23	(26.7)	5	(13.5)	28	(22.8)
大企業	28	(32.6)	17	(45.9)	45	(36.6)
不明	6	(7.0)	5	(13.5)	11	(8.9)
計	86	(100.0)	37	(100.0)	123	(100.0)

表6 出来事の類型

	非認定		認定		総件数	
	事例数	(%)	事例数	(%)	事例数	(%)
出来事なし	10	(11.6)	0	(0.0)	10	(8.1)
仕事の失敗	13	(15.1)	12	(32.4)	25	(20.3)
仕事の質・量の変化	18	(20.9)	14	(37.8)	32	(26.0)
事故や災害の体験	4	(4.7)	2	(5.4)	6	(4.9)
身分の変化等	4	(4.7)	0	(0.0)	4	(3.3)
対人関係のトラブル	10	(11.6)	2	(5.4)	12	(9.8)
役割・地位等の変化	26	(30.2)	6	(16.2)	32	(26.0)
その他	1	(1.2)	1	(2.7)	2	(1.6)
計	86	(100.0)	37	(100.0)	123	(100.0)

表7 出来事の内容

	非認定		認定		総件数	
	事例数	(%)	事例数	(%)	事例数	(%)
心理的負荷出来事なし	10	(11.6)	0	(0.0)	10	(8.1)
業 仕事の内容・量の変化	12	(14.0)	4	(10.8)	16	(13.0)
務 仕事のミス, 責任, ノルマ未達成	14	(16.3)	13	(35.1)	27	(22.0)
役 配置転換, 勤務形態の変化	13	(15.1)	2	(5.4)	15	(12.2)
割 役割の変化, 量増加, 支援欠如	3	(3.5)	4	(10.8)	7	(5.7)
難易度, 昇格, 仕事量の増加	0	(0.0)	5	(13.5)	5	(4.1)
昇格	8	(9.3)	0	(0.0)	8	(6.5)
転 転勤, ミス, 責任を問われた	3	(3.5)	0	(0.0)	3	(2.4)
勤 転勤, 出向	6	(7.0)	5	(13.5)	11	(8.9)
葛 上司, 顧客とのトラブル	3	(3.5)	1	(2.7)	4	(3.3)
藤 顧客とのトラブル	3	(3.5)	0	(0.0)	3	(2.4)
同僚とのトラブル	1	(1.2)	0	(0.0)	1	(0.8)
他 責任を問われた	3	(3.5)	0	(0.0)	3	(2.4)
新規事業	0	(0.0)	1	(2.7)	1	(0.8)
災 大きな病気, 怪我	3	(3.5)	2	(5.4)	5	(4.1)
害 業務上の疾病で療養中	1	(1.2)	0	(0.0)	1	(0.8)
私 友人, 先輩に裏切られたショック	1	(1.2)	0	(0.0)	1	(0.8)
的 社会人になったストレス	1	(1.2)	0	(0.0)	1	(0.8)
個人の出来事	1	(1.2)	0	(0.0)	1	(0.8)
計	86	(100.0)	37	(100.0)	123	(100.0)

表8 精神科既往歴

	非認定		認定		総件数	
	事例数	(%)	事例数	(%)	事例数	(%)
あり	18	(20.9)	5	(13.5)	23	(18.7)
なし	68	(79.1)	32	(86.5)	100	(81.3)
計	86	(100.0)	37	(100.0)	123	(100.0)

表9 個人の出来事

	非認定		認定		総件数	
	事例数	(%)	事例数	(%)	事例数	(%)
出来事なし	68	(79.1)	33	(89.2)	101	(82.1)
夫婦問題, アルコール依存	3	(3.5)	0	(0.0)	3	(2.4)
ギャンブル, 借金	2	(2.3)	0	(0.0)	2	(1.6)
異性問題	1	(1.2)	0	(0.0)	1	(0.8)
家族の癌	1	(1.2)	0	(0.0)	1	(0.8)
子供の入試, 妻の病気	1	(1.2)	0	(0.0)	1	(0.8)
精神障害の既往	5	(5.8)	4	(10.8)	9	(7.3)
家族・親族の出来事	3	(3.5)	0	(0.0)	3	(2.4)
住環境の変化	1	(1.2)	0	(0.0)	1	(0.8)
事件事故災害の体験	1	(1.2)	0	(0.0)	1	(0.8)
計	86	(100.0)	37	(100.0)	123	(100.0)

表10 自殺手段

	非認定		認定		総件数	
	事例数	(%)	事例数	(%)	事例数	(%)
ガス中毒(自動車内)	1	(1.2)	2	(5.4)	3	(2.4)
一酸化炭素中毒	2	(2.3)	1	(2.7)	3	(2.4)
割腹, 心臓・首の刃物損傷	3	(3.5)	1	(2.7)	4	(3.3)
溺死	1	(1.2)	0	(0.0)	1	(0.8)
飛び降り・投身	32	(37.2)	12	(32.4)	44	(35.8)
薬物中毒	2	(2.3)	0	(0.0)	2	(1.6)
縊死	42	(48.8)	18	(48.6)	60	(48.8)
轢死	1	(1.2)	1	(2.7)	2	(1.6)
窒息死	1	(1.2)	1	(2.7)	2	(1.6)
不明	1	(1.2)	1	(2.7)	2	(1.6)
計	86	(100.0)	37	(100.0)	123	(100.0)

表11 自殺場所

	非認定		認定		総件数	
	事例数	(%)	事例数	(%)	事例数	(%)
会社・社宅・現場	29	(33.7)	9	(24.3)	38	(30.9)
海・川・雑木林	6	(7.0)	0	(0.0)	6	(4.9)
市内のビル・ホテル	12	(14.0)	6	(16.2)	18	(14.6)
寺・講演・高架橋	5	(5.8)	5	(13.5)	10	(8.1)
自宅	28	(32.6)	10	(27.0)	38	(30.9)
社外・自宅外	3	(3.5)	2	(5.4)	5	(4.1)
電車線路軌道上	3	(3.5)	5	(13.5)	8	(6.5)
計	86	(100.0)	37	(100.0)	123	(100.0)

表12 他診療科既往歴

	非認定		認定		総件数	
	事例数	(%)	事例数	(%)	事例数	(%)
あり	21	(24.4)	10	(27.0)	31	(25.2)
なし	65	(75.6)	27	(73.0)	92	(74.8)
計	86	(100.0)	37	(100.0)	123	(100.0)

表13 入院・通院の有無

	非認定		認定		総件数	
	事例数	(%)	事例数	(%)	事例数	(%)
なし	62	(72.1)	24	(64.9)	86	(69.9)
身体科通院	20	(23.3)	4	(10.8)	24	(19.5)
身体科入院	1	(1.2)	3	(8.1)	4	(3.3)
精神科通院	5	(5.8)	6	(16.2)	11	(8.9)
精神科入院	0	(0.0)	1	(2.7)	1	(0.8)
計	88	(102.3)	38	(102.7)	126	(102.4)

表14 自殺時に通院中の診療科

	非認定		認定		総件数	
	事例数	(%)	事例数	(%)	事例数	(%)
胃腸・外科	1	(1.2)	1	(2.7)	2	(1.6)
耳鼻咽喉科	0	(0.0)	1	(2.7)	1	(0.8)
受診せず	55	(64.0)	24	(64.9)	79	(64.2)
整形外科・内科	1	(1.2)	2	(5.4)	3	(2.4)
精神科	20	(23.3)	6	(16.2)	26	(21.1)
内科・精神科	3	(3.5)	1	(2.7)	4	(3.3)
内科	6	(7.0)	1	(2.7)	7	(5.7)
脳外科	0	(0.0)	1	(2.7)	1	(0.8)
計	86	(100.0)	37	(100.0)	123	(100.0)

表15 自殺までの診断

	非認定		認定		総件数	
	事例数	(%)	事例数	(%)	事例数	(%)
診断なし	59	(68.6)	28	(75.7)	87	(70.7)
うつ状態	3	(3.5)	0	(0.0)	3	(2.4)
うつ病	11	(12.8)	6	(16.2)	17	(13.8)
うつ病, 急性アルコール中毒	1	(1.2)	0	(0.0)	1	(0.8)
神経症・うつ病	2	(2.3)	0	(0.0)	2	(1.6)
神経症・うつ病, アルコール精神病	1	(1.2)	0	(0.0)	1	(0.8)
反応性うつ病, 自律神経失調症	1	(1.2)	0	(0.0)	1	(0.8)
双極性感情障害	1	(1.2)	0	(0.0)	1	(0.8)
適応障害, うつ病	0	(0.0)	1	(2.7)	1	(0.8)
反復性うつ病	0	(0.0)	1	(2.7)	1	(0.8)
適応障害, 混合性不安, 抑うつ反応	1	(1.2)	0	(0.0)	1	(0.8)
身体表現性障害, 持続性気分障害	1	(1.2)	0	(0.0)	1	(0.8)
精神因性不眠	1	(1.2)	0	(0.0)	1	(0.8)
統合失調症	1	(1.2)	0	(0.0)	1	(0.8)
不安神経症	1	(1.2)	0	(0.0)	1	(0.8)
びらん性胃炎, 頸椎症	1	(1.2)	1	(2.7)	2	(1.6)
アルコール依存症	1	(1.2)	0	(0.0)	1	(0.8)
計	86	(100.0)	37	(100.0)	123	(100.0)

表16 遺書の有無

	非認定		認定		総件数	
	事例数	(%)	事例数	(%)	事例数	(%)
不明	5	(5.8)	4	(10.8)	9	(7.3)
なし	42	(48.8)	13	(35.1)	55	(44.7)
あり	39	(45.3)	20	(54.1)	59	(48.0)
計	86	(100.0)	37	(100.0)	123	(100.0)

表17 長時間残業の有無

	非認定		認定		総件数	
	事例数	(%)	事例数	(%)	事例数	(%)
あり	28	(32.6)	30	(81.1)	58	(47.2)
なし	58	(67.4)	7	(18.9)	65	(52.8)
計	86	(100.0)	37	(100.0)	123	(100.0)

表18 100時間残業の有無

	非認定		認定		総件数	
	事例数	(%)	事例数	(%)	事例数	(%)
100時間以上	3	(3.5)	28	(75.7)	31	(25.2)
99時間以内	31	(36.0)	6	(16.2)	37	(30.1)
なし	52	(60.5)	3	(8.1)	55	(44.7)
計	86	(100.0)	37	(100.0)	123	(100.0)

表19 精神症状の態様

	非認定		認定		総件数	
	事例数	(%)	事例数	(%)	事例数	(%)
軽度の身体症状or精神症状	9	(10.5)	0	(0.0)	9	(7.3)
身体症状(軽)・精神症状(軽～重)・行動症状・不眠	2	(2.3)	0	(0.0)	2	(1.6)
身体症状(軽)・精神症状(軽～中)・不眠	5	(5.8)	5	(13.5)	10	(8.1)
身体症状(中)・不眠	0	(0.0)	1	(2.7)	1	(0.8)
精神症状(軽～重)・不眠・行動症状	30	(34.9)	11	(29.7)	41	(33.3)
精神症状(軽～中)・不眠	33	(38.4)	20	(54.1)	53	(43.1)
精神症状(軽～中)・不眠・暴力	1	(1.2)	0	(0.0)	1	(0.8)
精神症状なし	6	(7.0)	0	(0.0)	6	(4.9)
計	86	(100.0)	37	(100.0)	123	(100.0)

表20 精神症状の重症度

	非認定		認定		総件数	
	事例数	(%)	事例数	(%)	事例数	(%)
精神症状確認できず	6	(7.0)	0	(0.0)	6	(4.9)
軽度	14	(16.3)	6	(16.2)	20	(16.3)
中等度	46	(53.5)	23	(62.2)	69	(56.1)
重度	20	(23.3)	8	(21.6)	28	(22.8)
計	86	(100.0)	37	(100.0)	123	(100.0)

表21 兆候の気づき

	非認定		認定		総件数	
	事例数	(%)	事例数	(%)	事例数	(%)
家族が先	57	(66.3)	28	(75.7)	85	(69.1)
会社が先	10	(11.6)	6	(16.2)	16	(13.0)
気づいていない	17	(19.8)	2	(5.4)	19	(15.4)
知人(宗教)	1	(1.2)	0	(0.0)	1	(0.8)
同時頃	0	(0.0)	1	(2.7)	1	(0.8)
療養中	1	(1.2)	0	(0.0)	1	(0.8)
計	86	(100.0)	37	(100.0)	123	(100.0)

表22 出来事から発病までの期間

	非認定		認定		総件数	
	事例数	(%)	事例数	(%)	事例数	(%)
1ヶ月以内	21	(24.4)	17	(45.9)	38	(30.9)
1～3ヶ月	19	(22.1)	10	(27.0)	29	(23.6)
3～6ヶ月	25	(29.1)	7	(18.9)	32	(26.0)
7ヶ月～1年	6	(7.0)	1	(2.7)	7	(5.7)
1年以上	3	(3.5)	1	(2.7)	4	(3.3)
なし	11	(12.8)	1	(2.7)	12	(9.8)
私的出来事～1ヶ月	1	(1.2)	0	(0.0)	1	(0.8)
計	86	(100.0)	37	(100.0)	123	(100.0)

表23 発症から自殺までの期間

	非認定		認定		総件数	
	事例数	(%)	事例数	(%)	事例数	(%)
1ヶ月以内	33	(38.4)	15	(40.5)	48	(39.0)
1～2ヶ月	24	(27.9)	13	(35.1)	37	(30.1)
2～3ヶ月症状増悪	1	(1.2)	0	(0.0)	1	(0.8)
4～6ヶ月	11	(12.8)	3	(8.1)	14	(11.4)
7ヶ月～1年	5	(5.8)	2	(5.4)	7	(5.7)
1～2年	2	(2.3)	2	(5.4)	4	(3.3)
2年～	4	(4.7)	1	(2.7)	5	(4.1)
なし	4	(4.7)	1	(2.7)	5	(4.1)
不明	2	(2.3)	0	(0.0)	2	(1.6)
計	86	(100.0)	37	(100.0)	123	(100.0)

表24 出来事から自殺までの期間

	非認定		認定		総件数	
	事例数	(%)	事例数	(%)	事例数	(%)
1ヶ月以内	9	(10.5)	6	(16.2)	15	(12.2)
1～2ヶ月	2	(2.3)	0	(0.0)	2	(1.6)
2～3ヶ月	18	(20.9)	15	(40.5)	33	(26.8)
4～6ヶ月	22	(25.6)	4	(10.8)	26	(21.1)
7ヶ月～1年	15	(17.4)	7	(18.9)	22	(17.9)
1～2年	4	(4.7)	3	(8.1)	7	(5.7)
2年～	7	(8.1)	2	(5.4)	9	(7.3)
なし	7	(8.1)	0	(0.0)	7	(5.7)
不明	2	(2.3)	0	(0.0)	2	(1.6)
計	86	(100.0)	37	(100.0)	123	(100.0)

表25 アルコール飲酒

	非認定		認定		総件数	
	事例数	(%)	事例数	(%)	事例数	(%)
あり	57	(66.3)	26	(70.3)	83	(67.5)
ビール2～3本	0	(0.0)	1	(2.7)	1	(0.8)
乱用傾向	2	(2.3)	0	(0.0)	2	(1.6)
なし	23	(26.7)	7	(18.9)	30	(24.4)
不明	4	(4.7)	3	(8.1)	7	(5.7)
計	86	(100.0)	37	(100.0)	123	(100.0)

表26 性格傾向

	非認定		認定		総件数	
	事例数	(%)	事例数	(%)	事例数	(%)
温和, 協調性, 明るい	18	(20.9)	7	(18.9)	25	(20.3)
完璧主義	6	(7.0)	1	(2.7)	7	(5.7)
喜怒哀楽がない・無表情	1	(1.2)	0	(0.0)	1	(0.8)
自尊心が強く, 自信家, 潔癖, 自分勝手	3	(3.5)	0	(0.0)	3	(2.4)
真面目, 気弱, 融通が利かない	10	(11.6)	0	(0.0)	10	(8.1)
誠実, 弱音を吐かない, 口数少ない	17	(19.8)	10	(27.0)	27	(22.0)
短気, 協調性に欠ける, 感情の起伏が激しい, 攻撃的	6	(7.0)	1	(2.7)	7	(5.7)
几帳面, 真面目, 責任感が強い	25	(29.1)	18	(48.6)	43	(35.0)
計	86	(100.0)	37	(100.0)	123	(100.0)

表27 精神科診断

	非認定		認定		総件数	
	事例数	(%)	事例数	(%)	事例数	(%)
うつ病エピソード, うつ病	52	(60.5)	25	(67.6)	77	(62.6)
気分感情性障害	10	(11.6)	5	(13.5)	15	(12.2)
双極性感情障害	1	(1.2)	0	(0.0)	1	(0.8)
中等症うつ病エピソード	0	(0.0)	4	(10.8)	4	(3.3)
うつ病エピソード, 急性一過性精神症性障害	1	(1.2)	0	(0.0)	1	(0.8)
適応障害, 混合性不安抑うつ反応	1	(1.2)	0	(0.0)	1	(0.8)
神経症, アルコール性障害	2	(2.3)	0	(0.0)	2	(1.6)
反復性うつ病	0	(0.0)	1	(2.7)	1	(0.8)
精神病症状を伴うつ病	1	(1.2)	1	(2.7)	2	(1.6)
気分感情障害, 統合失調症, 妄想性障害	2	(2.3)	0	(0.0)	2	(1.6)
統合失調症, 統合失調感情障害	4	(4.7)	0	(0.0)	4	(3.3)
重度ストレス反応, 適応障害	2	(2.3)	0	(0.0)	2	(1.6)
何らかの精神障害	4	(4.7)	0	(0.0)	4	(3.3)
精神障害発症確認できず	6	(7.0)	0	(0.0)	6	(4.9)
器質性精神障害	0	(0.0)	1	(2.7)	1	(0.8)
計	86	(100.0)	37	(100.0)	123	(100.0)

表28 出来事の内容

	非認定		認定		総件数	
	事例数	(%)	事例数	(%)	事例数	(%)
心理的負荷出来事なし	10	(11.6)	0	(0.0)	10	(8.1)
業務量, 内容, ノルマ未達成	26	(30.2)	17	(45.9)	43	(35.0)
配置転換, 勤務形態の変化	13	(15.1)	2	(5.4)	15	(12.2)
役割の変化, 量増加, 支援欠如	3	(3.5)	4	(10.8)	7	(5.7)
難易度, 昇格, 仕事量の増加	0	(0.0)	5	(13.5)	5	(4.1)
昇格	8	(9.3)	0	(0.0)	8	(6.5)
転勤, 出向, 責任	9	(10.5)	5	(13.5)	14	(11.4)
上司, 顧客, 同僚とのトラブル	7	(8.1)	1	(2.7)	8	(6.5)
新規事業, 責任を問われた	3	(3.5)	1	(2.7)	4	(3.3)
大きな病気, 怪我, 療養中	4	(4.7)	2	(5.4)	6	(4.9)
個人の出来事	3	(3.5)	0	(0.0)	3	(2.4)
	86	(100.0)	37	(100.0)	123	(100.0)

平成 19 年度厚生労働科学研究費補助金（労働安全衛生総合研究事業）
分担研究報告書

総合病院精神科外来における自殺事例の検討

研究代表者 柳川 哲朗 東邦大学佐倉病院精神医学研究室
分担研究者 黒木 宣夫 東邦大学佐倉病院精神医学研究室

研究要旨

東邦大学医療センター佐倉病院における 1 年間の患者動向を元に、自殺未遂と既遂事例を調査した。精神科外来および救急外来において、自殺既遂が 3 例、自殺未遂が延 47 例あった。自殺既遂事例の臨床診断名（ICD-10）は、気分障害が 2 例、統合失調症が 1 例であった。自殺未遂事例の臨床診断名は、気分障害が最多（50%）で、次いで神経症性障害（適応障害を含む）、人格障害、統合失調症の順であった。未遂の手段は、処方薬の大量服薬がほとんど（93.6%）で、女性が多く（95.7%）、平均年齢は 28.2 歳であった。高所からの飛び降り、縊首など完遂の可能性が高い事例は、3 例（うち 1 例は統合失調症）であった。既遂の気分障害の 2 例に関して詳細に検討を行ったところ、職業に関連した出来事が発症および自殺の大きなきっかけとなっていた。自殺未遂や適応不全を起こして治療の場へ上がってきた後、様々なマイナス要因が重なり合って、死を選ばざるを得ない状況へと追い込まれていく経過が特徴的であった。また自殺未遂事例の 76.4% は非正規雇用者であり、就労状況において不安定な面を抱えていた。今回の調査から、自殺関連事例において、職業上の問題が精神面にも強い影響を及ぼしていることが確認された。